Münster i/W. 1934. No 261 Med Diss.

Aus der psychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie
(Prov. Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg) in Düsseldorf.
Direktor: Professor Dr. Sioli.

Beitrag zur Kenntnis des Ablaufs der Encephalitis Epidemica im Kindes- und Jugendalter.

⚙

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Würde eines doctor medicinae
durch die Medizinische Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster
in Gemeinschaft mit der Medizinischen Akademie
in Düsseldorf

vorgelegt von

Hans Weitkamp
aus Wuppertal-Elberfeld.

1 - 9 - 3 - 3

Gedruckt in der Dissertationsdruckerei Robert Kleinert, Quakenbrück.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

gez.: Schmidt
Rektor der Medizinischen Akademie in Düsseldorf.

gez.: von Szily
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster

gez.: Neustadt
1. Berichterstatter.

gez.: Kehrer
2. Berichterstatter.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Während im Bilde der akuten Encephalitis epidemica bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, wenn auch nicht in allen Einzelheiten (z. B. Schlafstörung), doch weitgehende Uebereinstimmung herrscht, weichen in den Folgeerscheinungen des Leidens die Altersstufen weit von einander ab. Für das akute Krankheitsbild ist bezeichnend die große Gruppe der Störungen, die ihre Herde im Mittelhirn, Zwischenhirn und in den Stammganglien haben, vornehmlich Augenmuskellähmungen, Schlafunregelmäßigkeiten und extrapyramidale Bewegungsstörungen, wie Asthenie, Hyper- oder Akinesen, um die sich das ganze Heer der für die Wesenserkenntnis der Erkrankung unwichtigeren Krankheitszeichen schart, mögen es nun solche sein, die auf Beteiligung des Großhirns, des verlängerten Marks, des Rückenmarks oder des Gesamtkörpers hinweisen. Ausgesprochene Pyramidenbahn- oder Herdzeichen fehlen meist.

Was den Ablauf dieser acuten Erkrankung angeht, so kann man K. Economos Darstellung, die er aus den Erkrankungen der Jahre 1917/18 ableitete, ganz und gar folgen. Auf ein recht vieldeutiges Vorstadium folgt eine Zeit, in der die bezeichnenden Augenmuskelstörungen, vor allem aber die Bewegungsunruhe, das Bild beherrschen. Krampfbewegungen, choreiforme und athetotische Hyperkinesen stehen im Vordergrunde und leiten dann bald über in die Zeit der Erschöpfung, die meist als drittes Stadium der ausgesprochenen Schlafsucht sich von den Vorigen deutlich abhebt. Der Schlaf der Kranken ist von wechselnder Tiefe, vom leichten Hindämmern bis zum tiefen Coma. Dazu treten nicht selten ausgesprochene Delirien, vor allem Beschäftigungsdelirien, die viel Aehnlichkeit mit denen des Alkohols haben, und es wurden auch mannigfache psychotische Erscheinungen beobachtet.

Ueberwinden die Kranken, in Tagen oder Wochen, diesen letzten Abschnitt der akuten Encephalitis, hellt sich ihr Bewußtsein zunehmend auf und verschwindet die Schlafsucht immer mehr, so kann damit auch der Weg zur endgültigen Heilung beschritten sein. Aber in den meisten Fällen bleibt ein Schwäche-

zustand, eine Pseudoneurasthenie, zurück, welche, mag sie gleich Monate und Jahre unverändert anhalten, doch am Ende meist einmündet in ein langwährendes Kranksein, in das Nachstadium der „Schlafgrippe".

Für dieses Nachstadium, das der Spätschäden und Endausgänge (Hofstadt), ist es nun bezeichnend, daß sich hier ein ganz krasses Auseinanderweichen der Krankheitserscheinungen beobachten läßt, wenn man den jugendlichen dem erwachsenen Kranken gegenüberstellt. Tritt bei dem Erwachsenen die Starre und körperliche sowie seelische Schwerfälligkeit, also das Bild des Parkinsonismus, beherrschend hervor, so ist es der Drang zur Bewegung, durch den der jugendliche Nachkranke sich von ihm unterscheidet. Schon im Mai 1920 stellte Pfaundler der Münchener Medizinischen Gesellschaft Kinder vor, über die in der Folge Hofstadt eingehend berichtet hat. Diese wiesen eigenartige Störungen des Schlafes auf, in der Dämmerung packte sie die Unruhe, sie bekamen Dämmerzustände oder begingen Zwangshandlungen und schliefen nur wenig tief oder erst gegen Morgen ein. Diese Störungen waren entweder einer akuten Schlafgrippe unmittelbar oder nach kurzem Zwischenraum gefolgt. Im März des folgenden Jahres berichtete Bonhoeffer in Berlin über „Zwei eigenartige psychotische Zustände bei Kindern", die er „mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als Residuärzustände dieser Erkrankung", eben der von Economo beschriebenen Encephalitis betrachtete. Diese Kinder zeigten auch Unruhe und Bewegungsdrang, aber auch eine Wesensveränderung. Sie ähnelten asozialen Psychopathen, aber es konnte sich nur um die durch Encephalitis epidemica ursächlich hervorgerufene, nicht um latent vorhandene Psychopathie handeln. Diese fehlende Hemmung des triebhaften Handelns bei den jugendlichen Kranken deutete Bonhoeffer als einen Ausdruck der gestörten Concordanz zwischen neencephalen und palaencephalen Hirnteilen bei unvollendeter Hirnreife, infolge eines noch wirksamen und nicht abgeschlossenen Krankheitsgeschehens.

Im Juni des gleichen Jahres stellte Kirschbaum den rheinischen Psychiatern 5 Kranke vor, im Alter von 5—14 Jahren, die im Anschluß an eine Kopfgrippe eine sehr auffallende Charakterveränderung zeigten, in der Art eines hypomanischen Zustandsbildes. Die Kinder waren zu allem Unfug aufgelegt, angriffslustig, ungezogen und unmoralisch, wobei ihre Intelligenz sich als völlig erhalten zeigte.

Diese Krankheitsbilder deutete der Vortragende als Ausdruck der besonderen Wirkungen der Encephalitis epidemica auf das

jugendliche Gehirn. In der Erörterung, die sich an die Vorstellung anschloß, konnten bereits Hübner und Westphal von gleichen Beobachtungen berichten. Und nun entsteht in schneller Folge ein umfangreiches Schrifttum über diese neue Beobachtung, die sich überall wiederholte, wohin die Encephalitis vorgedrungen war.

Hofstadt berichtet über „Spät- und Dauerschäden der Encephalitis lethargica im Kindesalter", die sich als postencephalitische Agrypnie, als amyostatischer Symptomkomplex, chronische Choreaathetosen, vor allem aber in psychischen Störungen und Wesensänderungen, sowie gelegentlich als adiposogenitaler Symptomkomplex kundtun. Diese Ergebnisse schränkt er aber in der Folge insoweit ein, als er die Agrypnie nur mehr als Uebergang in Dauerschäden gelten läßt und feststellt, daß die unwillkürlichen Bewegungen — choreatische und athetotische und Tics — an Häufigkeit gegen ihr Vorkommen im akuten Stadium weit zurücktreten, so daß als wesentliche Spätschäden noch bleiben: der amyostatische Symptomenkomplex, den er bei 60 % der Kinder fand, und die psychischen Veränderungen, denen sich, nach dem besonderen Hinweis des Verfassers, Atemstörungen zugesellen.

In Frankreich berichten Guinon und Nobécourt über gleiche Wesensveränderungen. Aus England folgt die Arbeit von Paterson und Spence, die bereits über 25 ähnlich verlaufende Störungen bei Kranken im Alter von 3 Monaten bis hinauf zu 17 Jahren berichten können. Ihnen fällt vor allen Dingen auf, daß die jungen Kranken eine geistige Einbuße erleiden, und zwar desto stärker, je jünger sie während ihrer akuten Erkrankung sind. Im wesentlichen folgen auch Lehay und Sands ihrem Bericht. Mc. Neil berichtet über die typische Wesensveränderung bei einem 25jährigen Arbeiter. Auden glaubt in seinem Bericht über die gleichen Wesensänderungen von einer allmählich fortschreitenden Besserung berichten zu können. Sherman und Beverley sowie Clay und auch Shrubsall schließen sich ihrem Ergebnis an. Gleich zuversichtlich äußern sich auch Deny und Klippel, Mairie und Lévy, wie auch Ebaugh und ferner Anderson, wobei sie jedoch bezüglich des Urteils über Heilungsaussichten keinesfalls zu gleichen Ergebnissen kommen.

Aus der hiesigen Kinderklinik berichtete Bardach von gleichartigen Krankheitsbildern mit folgenden Schlafstörungen, Parkinsonismus und gelegentlich auch Intelligenzabnahme.

K a u d e r s sieht das Wesen des Abweichens bei Jugendlichen in ihren Encephalitisfolgen in der Entwicklung eines Moria-artigen Zustandsbildes und erklärt die Unruhe der Patienten, indem er einen Drang zur motorischen Entladung als Ursache der Störung annimmt, während B ö h m i g die Störungen später erklärt mit einem Fehlen der Hemmungen, die gewissermaßen nur im Parkinsontempo ablaufen. W i n t h e r weist auf das Fehlen einer Beziehung zwischen der Schwere der akuten Krankheit gegenüber der nachfolgenden Charakterveränderungen und stellt den Kranken eine wenig günstige Prognose. Zum gleichen betrüblichen Ergebnis gelangen auch P e t t e und J ö r g e r in ihren Arbeiten.

Das allgemeine Interesse hatte sich zwei Fragen zugewandt, die erste war die der Lokalisation des Psychischen, u. a. bei G u r e w i t s c h, P e t t e und B o n h o e f f e r. Sie wurde von B o n h o e f f e r dahingehend geklärt, daß die Oberherrschaft der Hirnrinde und des Hirnmantels als Substrat des Seelischen nicht länger zu halten sei, sondern „daß dem subcorticalen Grau ein Anteil am Aufbau der psychischen Funktionen zuzuschreiben" sei.

Die zweite Frage, die der Psychopathologie, wurde von G e r s t m a n n und K a u d e r s angeschnitten. Sie versuchten „den Mechanismus der postencephalitischen, psychopathieartigen Zustandsbilder" zu erfassen. Sie glaubten, daß den ganzen im Vordergrund stehenden Erscheinungen bei den jugendlichen Kranken „ein primär pathologisches Uebermaß an instinktiven Bewegungsantrieben, eine krankhafte Steigerung oder Enthemmung der striopallidär repräsentierten dynamisch-energetischen Faktoren derselben und eine daraus sich ergebende impulsive, durch Erfahrung, Ueberlegung und Urteil, trotz intellektueller Integrität, nicht mehr regulierbare, sehr oft in elementarer Weise zu Tage tretende Auswirkung und Verwertung der motorischen Mechanismen an den Vorgängen und Eindrücken der Außenwelt zu Grunde liegen". Gleichsam eine „Regression auf eine kindliche Motorik" hat stattgefunden, und diese erklärt dann auch die Einbuße ihrer Eigensteuerung, die „hyperthymisch-euphorische Stimmungslage", die „als emotionales Korrelat" die kindliche Motorik begleitet, „wie der heitere Affekt des Kindes seinen Bewegungsluxus". Instinktive Bewegungsantriebe überfluten also gewissermaßen die Persönlichkeit, und infolge ihrer elementaren Auswirkung an der Umwelt „wird ein motorisches Geschehen bedingt, das an den jeweiligen äußeren Situationen naturgemäß als asoziales Verhalten sich gestaltet". Z. B.: Zerstörungstrieb als ein Ausdruck für eine Antriebsänderung infolge weitgehender motorischer Regressionen.

Es kann also in solchem Falle ein weitgehendes Mißverständnis zwischen dem „psychischen und motorischen Habitus“ einer Persönlichkeit bestehen.

Gurewitsch wiederum versucht nachzuweisen, daß gegenüber der Annahme von Gerstmann, Kauders und Schilder, die psychischen Störungen sogar beim Fehlen von striären Symptomen vorhanden sein können und bringt diese mit Küppers in Beziehung zu einer Thalamus-Affektion, die „Störungen der frontothalamischen Mechanismen erwirkt“.

Gegen diese Versuche macht Bonhoeffer in seiner Zusammenfassung „Welche Lehre kann die Psychiatrie aus dem Studium der Encephalitis lethargica ziehen?“ geltend, daß es zwar naheliegt, die Ursache für diese besondere Verhaltungsweise jugendlicher Encephalitiker „in der besonderen Lokalisation im Stamm, dem Sitz des primitiv Triebhaften, zu erblicken“, daß es aber hier für die gewonnenen Anschauungen noch an der sicheren anatomisch-pathologischen Begründung“ fehle.

Den Reichtum der Erfahrungen durch die Besonderheiten der Encephalitis epidemica bei Jugendlichen nahm Leyser in seinen „Untersuchungen über die Charakterveränderungen nach Encephalitis epidemica“ zum Ausgangspunkt seiner Erörterungen über den „Zusammenhang zwischen Charakterologie und Hirnpathologie“. Er bemüht sich darin, die Hirnpathologie aus der einseitig lokalisierenden Betrachtungsweise hinüberzuleiten auf die Forschung der Störung der Hirnfunktion und kommt zu dem Ergebnis, „daß eine restlose Zurückführung der Störungen auf eine einzige Grundstörung nicht möglich sei“. Aber immerhin hängen hirnpathologische Vorgänge zusammen mit der Aenderung und Umgestaltung des Charakters des betreffenden Kranken. Zusammenfassend sagt Leyser: „Die Hyperkinese darf als Enthemmungserscheinung des Motoriums striärer Herkunft aufgefaßt werden, der Defekt an Scheu als spezifische Schädigung des Substrats der affektiven Sphäre, während sowohl die Agressivität als auch die Hypersexualität auf der psychischen Verarbeitung der Gesamtsituation beruhen“.

Weitere Untersuchungen richten sich nun immer mehr auf das Erforschen der Klinik und der Psychopathologie. Andreew glaubt, als Ergebnis einer solchen pathopsychologischen Analyse den Hauptkern in einer Dystonia Dyskinesia psychica gefunden zu haben und zwar mit Betonung der hypotonico-hyperkinetischen Erscheinungen, bei Kindern gegenüber der hypertonico-hyperkinetischen bei Erwachsenen. Es fehlt daher den Kindern die Hemmung der niederen, egoistischen, sonst von „konventionellen

Reflexen der moralischen Zucht" verdeckten Triebe. Hierin nähert sich der Autor der Auffassung Robins, der annimmt, daß eben mehr „das äußere Benehmen als der eigentliche Charakter aus den Fugen gebracht, und daß bei Vorhandensein moralischer Gesinnung trotzdem Handlungen vollzogen werden infolge von Herabstimmung des Tonus, der Anspannung".

Thiele macht dann einen sehr eingehenden Vorstoß zur Erforschung der Struktur der Symptomenkomplexe jugendlicher Encephalitiker, eine pathopsychologische Analyse, „die die einzelnen Symptome in ihrem genetischen Zusammenhange zu erfassen bestrebt ist" und schließt sich damit der Richtung der vorhergehenden Arbeiten von Robin, Leyser, Gerstmann und Kaudersan.

Gerade im Hinblick auf die sogenannten „Charakterveränderungen" sichtet er die bisherigen Erfahrungen und stellt dann weiter die Frage nach dem Krankheitsverlauf und dem Endausgang, also ihrer Prognose.

Thiele erblickt „die zentrale Elementarstörung, von der aus der Zugang zum Verständnis des ganzen Komplexes gewonnen werden kann" in der eigenartigen, „durch bestimmte Charaktere ausgezeichneten, auf der Höhe der Erkrankungen fast unerschöpflichen, im weiteren Verlaufe mehr episodisch attackenweise auftretenden Unruhe und Unrast, die diese kleinen Patienten darbieten". Es handelt sich dabei um eine Antriebsstörung im Sinne einer Ueberproduktion von Antriebsenergien", die dann als Dranghandlung (Stern) in Erscheinung tritt. Dieser Drang ist also ein zunächst ungerichtetes Entladungsstreben, „das sich erst in seiner Auswirkung, in seiner Betätigung am Objekt oder infolge Interferenz mit gerichteten, intentionalen Akten sich zu einer inhaltlich bestimmten Handlung gestaltet". Im Patienten läuft also gewissermaßen ein „extrapersoneller Mechanismus zwangsläufig ab". Je hochgradiger diese dranghafte Erregung zu sein scheint, umso stärker tritt das Fehlen tieferer Aufmerksamkeit und eines richtunggebenden Interesses hervor, so daß der unter diesem Drang leidende Patient gleichsam ein Spielball von zufällig ihn treffenden Sinnesreizen wird, gleich welcher Art sie auch sein mögen, ein Zustand, den Wernicke als Hypermetamorphose bezeichnet und den Neustadt als Irradiation deutet.

Die Bewußtseinshelligkeit pflegt im allgemeinen nicht herabgesetzt zu sein, ebenso wenig wie die intellektuellen Funktionen gröbere Störungen aufweisen. Zum gleichen Ergebnis waren ja auch die meisten vorangehenden Veröffentlichungen gelangt.

Was die Stimmung der jungen Patienten angeht, so stehen viele auf dem Standpunkt, daß wohl entsprechend der Hirnschädigung sowohl ein Indifferentismus, als auch häufig eine Labilität des Affektes mit starker Reizbarkeit vorliege. Neben einer gemütlichen Abstumpfung bestehe entweder flache Euphorie oder schlaffe Depression. Vor allem bei den Kindern sei durchaus nicht etwa die Stimmungslage nach der heiteren Seite hin verschoben. Vielleicht bringt die Freude an der Bewegung als psychisches Korrelat ähnlich der von Gerstmann und Kauders geäußerten Auffassung ein gewisses hyperthymisches Element hinein, aber im großen und ganzen sind die Kinder eher mürrisch und nörglerisch, was nach Thiele gerade den Drangzuständen „ihre eigentümliche affektive Färbung" verleiht. Dazu kommt dann noch eine ganz ausgesprochene Reizbarkeit und Labilität der Stimmungslage. Daraus aber ergeben sich als Folge die störenden und asozialen Handlungen, die der Autor in der Regel als plötzlich aufsteigende Einfälle betrachtet wissen will.

Was nun den Ausdruck „Charakterveränderung" anbetrifft, so neigt Thiele zu der Auffassung, daß man diesen Ausdruck wesentlich einzuschränken habe. Neben den Veränderungen der Stimmungslage und der gemütlichen Ansprechbarkeit weiterhin neben den „manifest gemachten Charakteranlagen, die vor der Erkrankung nicht in Erscheinung getreten" waren — gelegentlich kann einmal (Bonhoeffer) eine manisch-depressive Temperamentsanlage durch den encephalitischen Prozeß aktiviert werden —, nehmen doch entschieden gerade bei den jugendlichen Patienten den breitesten Raum ein „Reaktivbildungen des Charakters". Gerade darauf, daß sie erst sekundär entstehen, beruht ja die Möglichkeit, an eine erzieherische Beeinflussung zu denken. Thiele nähert sich ganz der Auffassung Robins: „Es handelt sich mehr um Störungen des „Verhaltens" (conduite) als um wirkliche Störungen des Charakters".

Hysterische Aeußerungen sah Thiele, wie auch die meisten anderen Autoren, recht häufig. Was die häufig erwähnte Lügenhaftigkeit und Neigung zum Stehlen angeht, so glaubt er, daß es sich da um kurzschlüssige Handlungen infolge des Dranges handelt

Kriminell wurden nach den Erfahrungen der erwähnten Veröffentlichung verschwindend wenige Patienten. Dagegen stehen im Gegensatz Veröffentlichungen, die sich auf die Beobachtungen von größeren Zahlen kranker Jugendlicher stützen, wie zum Beispiel die von Anders oder Engert und Hoff, die gerade bei den Kranken, die frei von neurologischen Symptomen waren, über eine auffallend hohe Kriminalität berichten.

Mit der Besprechung des Krankheitsverlaufes und der Prognose, die Thiele sodann unternimmt, nähern wir uns der Frage, die das folgende Schrifttum stärker als früher beschäftigt, der Frage, die Werner zur Ueberschrift seiner Arbeit wählte: „Was wid aus den Encephalitis-Kindern?“

Schon Pette wie auch Böhmig äußerten sich wenig hoffnungsfroh und sehr zurückhaltend über die Prognose der encephalitischen Folgezustände, und Lermann sagt schon 1923, „daß man höchstens mit Stillstand, nur in Ausnahmefällen mit einer Besserung der Erscheinungen rechnen könne“. Aus den folgenden, vor allem englischen Nachuntersuchungen, ist es nicht möglich, obwohl diese zum Teil schon recht umfangreich sind, „ein klares Bild von der weiteren Tendenz der Krankheit und dem schließlichen Schicksal der Patienten zu gewinnen“ (Thiele).

Gerade die Wesensänderungen scheinen prognostisch gar nicht so übel zu sein (Shrubsal, Anderson, Sherman und Beverley), vor allen Dingen bei erzieherischer Einwirkung in geeigneter Umgebung. Darauf weist auch Heinicke wiederholt hin. Aber über allen Patienten schwebt doch wohl das Damoklesschwert des Parkinsonismus: „Man wird den unheimlichen Gedanken nicht los“, schreibt Thiele, „daß doch noch da und dort das Gespenst der Amyostase im Hintergrunde laure“.

Wenn auch Thiele 1926 seine Ergebnisse vorsichtig „keineswegs mit Sicherheit als endgültige betrachtet“ wissen will und sich auch bewußt ist, daß allgemeingültige Gesetzmäßigkeiten aus seiner schon zahlenmäßig kleinen Krankenschar bei der ohnedies kurzen Beobachtungszeit nicht abgeleitet werden dürfen, so ist doch bei seinen 18 nachuntersuchten Jugendlichen das Ergebnis außerordentlich günstig. Er kann berichten, daß er „unzweifelhafte Remissionen oder schubweise Verschlimmerungen nie gesehen“ habe und „im ganzen halte sich das psychische Zustandsbild nach Art und Intensität lange Zeit stationär, um dann, soweit sich bisher schon sehen läßt, einer allmählichen Besserung Raum zu geben“. Gelegentliche Attacken von dranghafter Erregung, die immer seltener werden, weisen noch einige Zeit darauf hin, daß noch nicht alles restlos abgeklungen ist. Die Stimmung nähert sich wieder der Mittellage und auch Aufmerksamkeitsstörungen und Reizbarkeit treten wieder in den Hintergrund. Eingeleitet wird diese Wiederherstellung fast regelmäßig durch ein Verschwinden der Schlafstörungen.

Zu wesentlichen anderen Ergebnissen in bezug auf die Heilung der jugendlichen Encephalitiker kommt schon 1926

Kwint, und Werner kommt in seiner erwähnten Arbeit vom Jahre 1927 zu sehr schlechten Prognosen. Es ist bemerkenswert, daß in 69 v. H. seiner Fälle Parkinsonismus auftrat, der ja stets als ein schlechtes Zeichen anzusehen sein dürfte. Außerdem aber macht letzterer darauf aufmerksam, daß die „weitere Entwicklung sich um so ungünstiger gestaltet, je jünger, und um so günstiger, je älter das betreffende Kind während des akuten Stadiums war", was er so deutet, daß „das jugendliche Gehirn bis zum Pubertätsalter hin in seiner Widerstandskraft gegen das encephalitische Virus irgendwie zunimmt". Er sieht im Gegensatz zu Thiele den Weiterverlauf der Krankheit vor allem wohl deshalb wesentlich ungünstiger an, weil er auf eine längere Beobachtungszeit zurückblicken kann. Der Parkinsonismus hatte neben seiner außerordentlichen Häufigkeit noch die Eigenart, daß er sich schon sehr bald nach der frischen Encephalitis entwickelte. Womöglich handelt es sich hierbei um eine örtliche Eigenart der Epidemien (Kennedy, Werner). Der Parkinsonismus „schreitet in den folgenden Jahren bis zu einem gewissen stationären Endzustand unaufhaltsam fort" und ersetzt die Wesensänderung meist durch die Starre, wobei er sie wahrscheinlich nur zudeckt. Die eigentlichen Charakterveränderungen werden in einigen Fällen sogar gebessert, aber infolge des häufigen Auftretens der Starre ist das Gesamtbild doch so, daß der Verfasser zu einem ganz trüben Ausblick für die jungen Kranken kommt. Wie auch Thiele findet Werner in seinem Material keine Anzeichen für eine hereditäre oder erkennbare psychopathische Belastung.

Fleck gibt zu gleicher Zeit etwa seine Ergebnisse so an: „Besserung der psychopathieähnlichen Persönlichkeitsveränderung trat in rund 38 % der Fälle auf, während eine Verschlimmerung der motorischen Störungen — nach der Seite des Parkinsonismus hin — bei 52 % zu verzeichnen war". Das, was Werner auch berichtet, was Thiele fürchtete, veröffentlicht Fleck, indem er zeigt, daß „in 62,5 % der Fälle mit Besserung der psychopathischen Züge eine Verschlimmerung der motorischen Störungen" eintrat.

Auch M. und H. Eyrich berichten 1928 über ihre Nachuntersuchungen mit Resignation von dem gleichen Ablauf der Erkrankung. Nur 2 von 68 Kranken gelten als gesundet, 5 wurden beschränkt arbeitsfähig, 2 starben an den Folgen der Krankheit, 20 sind schwer gebrechlich in Anstalten untergebracht und der Rest lebt mehr oder minder gebrechlich und geschädigt in häuslicher Pflege ein klägliches Dasein. Auch hier das gleiche, be-

trübende Ergebnis: 61 % aller kranken Jugendlichen sind Parkinsoniker geworden.

Aus dem folgenden Jahre stammt die Arbeit von Engert und Hoff, die über 81 Kranke berichtet. 45 davon sind unter, 36 über 18 Jahre zur Zeit der Nachuntersuchung. Von den 45 sind 17 mit körperlichen Gebrechen aus dem Parkinsonschen Symptomenkomplex behaftet, 4 Kranke davon sind bettlägerig und völlig hilflos, weitere 6 in Anstalten untergebracht, weil sie sich schwer fügen, obgleich sie im Laufe der Zeit stumpfer geworden sind, und schließlich arbeiten 5 Kranke trotz Starre mit leidlichem Geschick und Vermögen in ländlicher Umwelt und führen sich dort bis auf gelegentliche Poriomanie gut. Die 28 Kranken dieser Gruppe, die frei von körperlichen Erscheinungen sind, weisen in 2 Fällen Heilung und in 5 Besserung auf, die bis zur beschränkten Berufsfähigkeit geht. Von den 36 Kranken, die nun mittlerweile über die Entwicklungsjahre hinaus sind und das 18. Lebensjahr überschritten haben, wird berichtet, daß es ihnen besser ergeht, als sei das Durchleben dieser Jahre von günstigem Einfluß auf den Fortgang ihrer Krankheit gewesen. Bei geeigneter Fürsorge, der ein beträchtlicher Teil nach dem ersten Gesetzesverstoß — der größte Teil aller Kranken weist solche auf, meist Diebstähle oder geschlechtliche Verfehlungen — anheimfällt, bringt gerade diese Gruppe es zu guten Leistungen in ländlicher Arbeit und Umwelt.

Um so später die Nachuntersuchung stattfindet, um so ungünstiger wird das Ergebnis. Brandt berichtet 1930 über 15 Kranke, die er zum größten Teile 9 Jahre hindurch verfolgen konnte. In 89 v. H. trat Parkinsonismus ein, in einem Falle noch nach 6 Jahren und nach völlig freiem Zwischenraum ohne jede Wesensveränderung. Zwei Kinder sind wegen ihrer Unrast gesellschaftlich unbrauchbar und bedürfen Anstaltswartung. Bei vieren wurde die Wesensveränderung von dem allmählich auftretenden Parkinsonismus verdeckt. Bei 9 Kindern setzte schon rasch nach der akuten Erkrankung die Starre ein, ohne daß je nennenswerte Wesensveränderungen dagewesen wären. Das alles zwingt Brandt, die Prognose ungünstig zu stellen. Mag auch die Wesensänderung zurücktreten, so doch nur, um dem auftretenden Parkinsonismus das Feld zu überlassen.

Zu einem ganz ähnlichen Ergebnis kommt 1932 auch Dennecke, der geradezu den Ablauf von der körperlichen und psychischen Enthemmung über körperliche Hemmung mit psychischer Enthemmung zu völliger körperlicher und psychischer Hem-

mung als typisch nachweisen kann bei seinen 35 Kranken. Er beobachtet sogar einen merkwürdigen Parallelismus zwischen Enthemmung und Alter, insofern nämlich, als die Kranken, umso jünger sie sind, um so mehr erethische Symptome aufweisen, je älter sie sind, desto mehr sich die Hemmung bemerkbar macht.

Die Patienten, über die im Folgenden berichtet werden soll, waren sämtlich im Laufe der letzten Jahre in kürzerer oder längerer stationärer Behandlung der Grafenberger Klinik. Sie wurden bis in die Gegenwart hinein bezw. bis zu ihrem Tode weiter beobachtet mit wenigen Ausnahmen, die jedoch bis zu ihrem Austritt aus der Klinik gegen Ende 1931 oder Anfang 1932 in Beobachtung standen. Es handelt sich um 50 Patienten, von denen 12, also 24 v. H., dem weiblichen Geschlecht angehören, die alle während der akuten Encephalitis das 19. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten, mit Ausnahme einer Patientin, deren Alter damals 23 Jahre betrug.

Sieben dieser Kranken starben inzwischen.

Im Alter von 1—10 Jahren stehen z.Z. 2,
„ „ „ 11—20 „ „ „ 13,
„ „ „ 21—30 „ „ „ 25,
„ „ „ über 31 „ „ „ 3,

Rechnet man das Einsetzen der Pubertät mit 15 Jahren, so befinden sich von unseren Kranken nur 4 vor dieser, 39 dagegen haben sie abgeschlossen und sind bereits über das 18. Jahr hinaus.

In den Anamnesen war bis auf 4 Fälle das Jahr, in das die akute Erkrankung fiel, mit einiger Sicherheit festzustellen. Wie bei den meisten Autoren (vergl. auch Stern und Dennecke) liegt der Gipfel der Infektionen im Bereich der Jahre 1919—24. Innerhalb dieser Jahre liefern wieder 1920 und 1921 die höchsten Zahlen.

Jahr:	1917	1918	1919	1920	1921	1922
Kranke:	2	3	5	10	8	7

Jahr:	1923	1924	1925	1926	1927
Kranke:	4	5	1	—	1

Ueber den Ablauf der akuten Encephalitis ließ sich in 11 Fällen nichts sicheres feststellen. In der weitaus größten Zahl steht, mit einer Ausnahme von plötzlich auftretender Tobsucht, im Vordergrunde eine Störung des Schlafs (32 Fälle). 23mal konnte anamnestisch eine ausgesprochene Lethargie festgestellt werden, die zum größten Teile als einziges Symptom erwähnt wird, die aber sich in einem Falle an eine Zeit quälender Agrypnie anschloß. Zuzüglich zweier Fälle von Sehstörung gehören also 25 Fälle der hypersomnisch-ophthalmoplegischen Form an, also 50 %, während S t e r n 70 % angibt. Ausgesprochenes Vorherrschen der Schlaflosigkeit fand sich in 7 Fällen. Schlafinversion als Hauptzeichen der akuten Encephalitis wurde in 2 Fällen angegeben. In den übrigen Fällen finden sich in den Anamnesen als vorherrschende Symptome vermerkt Mischzustände von Schlafstörung und Delirien, Sehstörungen, Krämpfe, Bewußtlosigkeit, Lähmungen und meningitische Bilder.

Teilt man die Patienten in Altersgruppen ein, so ergibt sich folgendes Bild:

Gruppe I Pat. v. 1—5 Jahren z.Zt. der akut. Enc.: 3 Kranke (1 weibl.);

Gruppe II Pat. v. 6—10 Jahren z.Zt. der akut. Enc.: 10 Kranke (2 weibl.);

Gruppe III Pat. v. 11—14 Jahren z.Zt. der akut. Enc.: 14 Kranke (3 weibl.);

Gruppe IV Pat. v. 15—19 Jahren z.Zt. der akut. Enc.: 18 Kranke (3 weibl.);

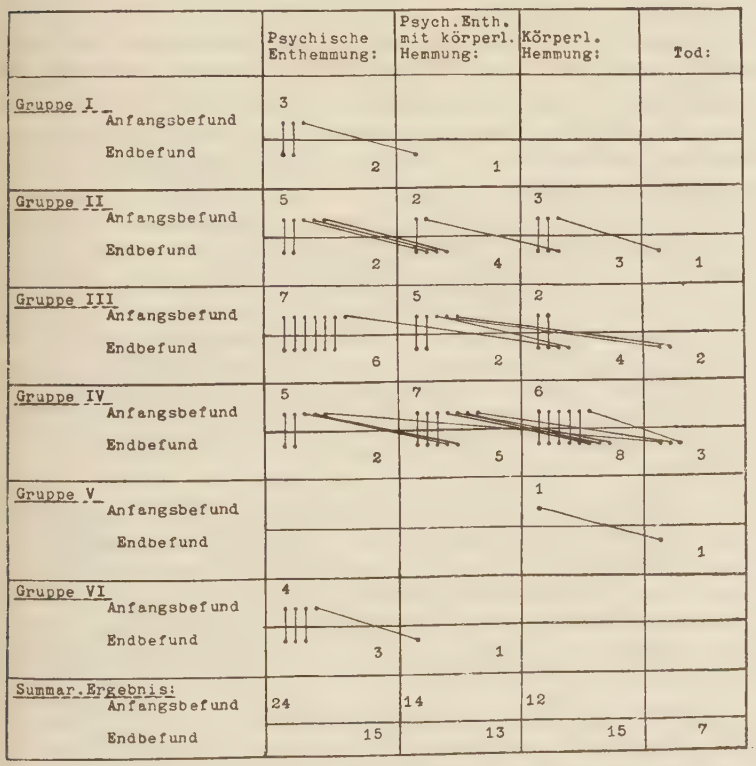
Gruppe V Pat. v. über 19 Jahren z.Zt. der akut. Enc.: 1 Kranke (1 weibl.);

Gruppe VI Pat. Zeit der akut. Enc. unbekannt: 4 Kranke (2 weibl.).

Unter den einzelnen Gruppen zeigen sich mannigfaltige Verschiedenheiten. Es scheint, als herrsche beim Kleinkinde die meningitische Form vor, während schon bei Gruppe II die Schlafstörung auffallend in den Vordergrund tritt. In Gruppe II sind 6, in III 10, in IV 12 Patienten mit Schlafstörungen erkrankt. Im übrigen wird in II und III nur je einmal als auffälligstes Zeichen Bewußtlosigkeit angegeben, in III und IV werden zweimal Seh-

störungen vermerkt, einmal Tobsucht und in II einmal nur Speichelfluß und starke Kopfschmerzen.

Bei 11 chronischen Encephalitikern, an deren Diagnose auf Grund der typischen Symptome nicht gezweifelt werden kann, ließ sich aus der Vorgeschichte nichts über die Verlaufsweise der überstandenen akuten Encephalitis in Erfahrung bringen. Sie



dürften also wohl zu den Fällen zu rechnen sein, die entweder ganz atypisch verliefen oder die so unauffällige Erscheinungen machten, daß sie z.Zt. der akuten Erkrankung nicht gedeutet werden konnten. Die Zahl von 11 Kranken unter 50, bei denen das zutrifft, ist insofern verhältnismäßig groß, als Stern für diese Art nur 3—5 % annimmt. Aber vielleicht handelt es sich hier nur um eine zufällige Eigenart der ausgewählten Krankengeschichten.

Was wird aus unseren Encephalitiskindern? Diese von Werner gestellte Frage steht zu Beginn aller Erörterungen über die chronische Encephalitis bei Jugendlichen. Heilung, Stillstand und Fortschreiten sind die Möglichkeiten, die gegeben sind. Welche soll man erwarten? Thiele stellt sein günstiges Ergebnis schon mit äußerster Skepsis zur Diskussion, beherrscht von dem Gedanken, ob nicht doch „noch da und dort das Gespenst der Amyostase im Hintergrunde laure". Die Literatur der folgenden Jahre sprach nur zu eindeutig dafür, daß seine günstigen Ergebnisse vereinzelt dastehen. In der Tat scheint die Encephalitis in ihren chronischen Formen ein unaufhörliches Fortschreiten zu zeigen, in dem Sinne, daß tatsächlich die Amyostase das Ziel ist, dem sie zustrebt. Ordnet man entsprechende, eindrucksvolle Symptome zueinander in ein gewisses Schema ein, so wird es leicht ersichtlich, in welcher Weise diese Wandlung sich bei den Kranken im Laufe der Beobachtung vollzogen hat. Als diese, den Eindruck beherrschenden Zeichen seien genommen: erstens die weitgehende psychische Enthemmung, zweitens das Nebeneinanderbestehen von psychischer Enthemmung mit Zeichen der körperlichen Hemmung, also ein Uebergangsstadium in das nun folgende Dritte der fast alleinigen körperlichen Hemmung, der Amyostase. Das Schema zeigt die Wandlung, die von der Zeit des Anfangs der Beobachtung bis zu ihrer Beendigung erfolgt ist.

Aus dem Schema ist deutlich ersichtlich, daß eine wesentliche Verschiebung sowohl innerhalb der einzelnen Altersgruppen, als auch schließlich im Gesamtbild, eintritt zur Seite der Amyostase hin. Ganz im Sinne der Ausführungen Denneckes, der ja auch diese Entwicklung in seinem Schaubilde vorführt, geht also auch hier die Entwicklung zur Starre, zur körperlichen Hemmung weiter.

Auch darin scheint eine Gleichläufigkeit zu herrschen, daß in den jüngeren Altersklassen gegenüber den späteren Hemmung mehr das erethische Moment im Vordergrunde des Symptombildes steht, während bei der älteren Gruppe, z. B. IV, das Schwergewicht sehr ausgesprochen bei der Hemmung liegt. Diese Erscheinung kehrt ja dann, wie schon erwähnt, im Endbefund, also nach Erhöhung des Alters wieder. Es scheint also, daß Fleck Recht hat: mit Besserung der psychopathischen Züge geht eine Verschlechterung der motorischen Störungen einher.

Daß die Weiterentwicklung sich um so ungünstiger gestaltet, um so jünger das betreffende Kind während des akuten Stadiums

war und umgekehrt, wie es Werner annimmt, läßt sich aus dem Verlauf unserer Fälle nicht ersehen. Im Gegenteil, um so älter der Patient wird, um so näher scheint ihm die Amyostase zu sein.

Auch einen günstigen Einfluß der Entwicklungsjahre, wie er von Engert und Hoff angenommen wurde, läßt sich an unseren Kranken nicht nachweisen. Von vier Patienten, die sich noch heute vor der Pubertät befinden, sind zwei unverändert; der eine ist Idiot, der andere von solcher Unrast, daß jeder Versuch einer Schulung an seiner Hypervigilität scheitert. Dagegen sind die beiden anderen, 2 Mädchen, günstig verändert. Eines, das erst mit 5 Jahren sprach, und wegen seiner Unruhe in der Hilfsschule festgebunden werden mußte, ist heute 13 Jahre und besucht Normalschule. Es ist psychisch unauffällig, während es eine leichte Gebundenheit im Wesen zeigt im Sinne beginnender parkinsonistischer Erscheinungen. Das zweite Mädchen, L. S., ebenfalls 13 Jahre alt, ist körperlich ohne Befund geblieben und psychisch umgänglich geworden. Es besucht ebenfalls die Normalschule.

Dagegen ist bei 11 Patienten, die während der akuten Encephalitis noch 9—14 Jahre zählten, heute, obwohl sie alle zwischen 21 und 29 Jahren sind, keine wesentliche Aenderung nachweisbar. In einem Falle ist ein Diabetes insipidus inzwischen abgeklungen, aber eine Verstärkung der Starre dafür aufgetreten. In einem weiteren Falle ist es von Vergiftungsideen, Schlafinversion, Boshaftigkeit, sowie Bewegungsarmut zu einer Besserung der neurologischen und psychischen Erscheinungen gekommen bis auf Verstimmungszustände. Bei den übrigen 9 Patienten jedoch ist der Zustand, vor allem der psychische, unverändert, bei zweien ist inzwischen eine Verschlimmerung des Parkinsonismus eingetreten.

Ueber der Ueberprüfung des Einflusses, den das Jahr hatte, in welchem die Epidemie zur Infektion führte, ergibt sich, daß auch unsere Beobachtungen dafür sprechen, daß die Erkrankungen der Jahre 1919—1922 besonders schwer sein müssen. Wenn auch die Zahl der Verstorbenen nicht vom Jahre der Infektion wesentlich beeinflußt wurde, so zeigen doch die Zahlen der Erkrankungen in diesen Jahren ausgeprägte Gipfel. Es sind zwar auch zwei der Verstorbenen im Jahre 1920 akut erkrankt, doch darf daraus in Anbetracht dessen, daß in diesem Jahre sowieso die höchste Erkrankungszahl auftrat, weniger ein Schluß

gezogen werden als vielmehr daraus, daß die chronischen Krankheiten dieser Jahre wesentlich schwerer erscheinen als die anderer Jahre.

Acute Encephalitis im Jahre:		Psych. Enthemmung A.	E.	Psych. Enthemmung körp. Hemm. A.	E.	Körperl. Hemmung A.	E.	Tod
Anfangsbefund:	1920	4		6				
	1921	3		4		1		
Endbefund:	1920				4		4	2
	1921		1		5		2	
Anfangsbefund:		7		10		1		
Summar. Ergebnis: Endbefund:			1		9		6	2

Dieses Ergebnis, das sich in den anderen Jahren in so starker Ausprägung nicht wiederholt, spricht wohl für eine besonders starke Wirkung der Infektion dieser beiden Jahre.

Daß eine erbliche Belastung in irgendeinem Sinne bildend auf die Artung der Krankheit mit eingewirkt habe, läßt sich auch aus unseren Erhebungen nicht nachweisen, worauf ja auch Thiele und Fleck übereinstimmend hinweisen. In vier Fällen werden Psychosen, in zwei weiteren Trunksucht der Eltern oder naher Verwandten angegeben. Aber bei keinem der Kranken bietet sich irgend eine Beziehung hiervon zu seinen Symptomen. Auch von einer nennenswerten psychopathischen Konstitution, die sich schon im Vorleben gezeigt hätte, kann bei unseren Kranken nichts erhoben werden. Einer ist noch vor seiner Erkrankung wegen Diebstahls vorbestraft worden (s. u.: M. C.) und dann später, als er als chronischer Encephalitiker wieder stahl, seiner Vorstrafe entsprechend auch abgeurteilt worden. Drei Kranke sind als Kind Bettnässer gewesen, einer hat Krämpfe gehabt, ein weiterer war vor Schulbesuch Stotterer und ein Mädchen (s. u.: L. S.), das eine Zangengeburt war, soll nervös gewesen sein, wobei aber völlig ungeklärt ist, ob die Nervosität nicht schon ein Zeichen der chronischen Encephalitis war, denn über den Einbruch dieser Krankheit ließ sich gerade in diesem Falle nichts in Erfahrung bringen.

Merkwürdige Hinweise auf eine familiäre Konstitution oder Disposition, wenn nicht gar auf eine direkte Infektion, ergeben sich aus dreien unserer Vorgeschichten. Bei einem Patienten, dessen Vater Potator, findet sich die allerdings nicht ganz eindeutige Angabe, die Mutter sei an „Grippe" gestorben. Bei einem anderen soll ein Bruder an „Kopftyphus" gestorben sein, wobei zu bedenken ist, daß der Volksmund Kopfgrippe häufig so bezeichnet hat. Bei einem der Verstorbenen schließlich ist der Vater heute noch an chronischer Encephalitis und Parkinsonismus erkrankt.

Verhältnismäßig hoch ist die Zahl der Todesfälle bei unseren Kranken: fünf Jungen und zwei Mädchen auf 50, sind sind 14 v. H., also eine beträchtliche Mortalität der chronisch kranken Jugendlichen. Bei M. u. H. Eyrich beträgt sie nur 3 v. H., bei Dennecke dagegen auch 14 v. H. Es ist nicht ohne Interesse, zu verfolgen, wie diese Patienten zu Tode kamen. Die beiden Mädchen starben an Marasmus. Es sind dies einmal die einzige Patientin, die über 20 Jahre war, als sie akut erkrankte, sowie ein 7jähriges Mädchen. Beide verfielen gleich nach der Kopfgrippe in Amyostase, die bis zur zerebralen Abmagerung einerseits und zum völligen Marasmus andererseits fortschritt. Einer der männlichen Kranken mit schwerem Parkinsonismus ertrank in einem See, in dem er während eines Urlaubes ein Bad nehmen wollte. Ein anderer, der wegen sexueller Verfehlungen und Diebereien sowie zunehmender Starre eingewiesen war und der im Laufe von 4 Jahren einen halluzinatorischen und Vergiftungswahn sowie einen Korssakoffschen Symptomkomplex bekommen hatte, starb schließlich an einer Lungentuberkulose. Ein dritter, der wegen seiner völligen Hilfslosigkeit infolge Starre hier in die Klinik kam, starb an eitriger Kniegelenksentzündung, die sich aus einer Phlegmone entwickelt hatte, die er sich während eines Urlaubes zu Hause, wohl infolge seiner Ungeschicklichkeit, erworben hatte. Dieser Kranke wies übrigens neben seiner Starre noch eine eigenartige bulbäre Zungen- und damit auch Sprachstörung auf, die sich besserte, wenn er Rückenlage einnahm. Der vierte Verstorbene, W. K., bot einen äußerst reichhaltigen Symptomenkomplex dar und hat eine geradezu abenteuerliche Krankheitsgeschichte, deren Diagnose erst nach der Sektion endgültig festgelegt werden konnte. Da an anderer Stelle aus der hiesigen Klinik ausführlich darüber berichtet wird (Dissertation Eichler), geben wir hier nur einen kurzen Auszug wieder. Der Kranke, ein Eisenbahner, der 1917 oder 1918 akut erkrankt war, wird 1929 hier aufgenommen. Er leidet an typischen

epileptischen und gelegentlich auch narkoleptischen Anfällen. Während seiner Dienstzeit fiel er in einem solchen narkoleptischen Anfall von der Lokomotive und mußte daher seinen Beruf aufgeben. Abgesehen von typischen parkinsonistischen Symptomen gab er eine umschriebene Klopfempfindlichkeit auf der rechten Hirnschläfenseite an.

Epileptische Anfälle treten regelmäßig alle 2—3 Tage ein. Im Verlauf der Beobachtung bilden sich neurologische Symptome, die auf einen Hirntumor hindeuten.

In der Folge nehmen die Kopfschmerzen beständig zu. Der Augenhintergrund bietet aber keinen besonderen Befund. Im Januar 1930 fällt der Patient beim Rombergschen Versuch nach links vorn. Rechts ist die Lageempfindung sowie der sterognostische Sinn gestört. Schließlich verdichten sich die Symptome so, daß zu einer Trepanation wegen Hirntumors geraten wird. Der Operationsbefund meldet: kleine Duraschwiele rechts. Der Kranke erholt sich, kehrt im April hierher zurück, hat zunächst eine von Anfällen freie Zeit; aber diese setzen schon nach 2 Monaten erneut ein. Im September wird der Patient vorübergehend entlassen mit der Diagnose: Hirntumor der linken Stammganglien. Im Januar 1931 wird er wieder aufgenommen. Am 10. Februar tritt ein Status epilepticus auf, in den nächsten Tagen folgen mehrfach Anfälle. Im April finden sich nach wie vor Klopf- und Druckempfindlichkeit an der Stirnschläfenseite. Es besteht starke Anisocorie, absolute Starre auf Lichteinfall rechts, links nur geringe Reaktion der Pupille. Dazu gibt der Patient eine leichte Hyperästhesie der linken Gesichtshälfte an, das rechte Bein wird beim Gehen steif gehalten. Beim Rombergschen Versuch fällt der Patient nach rechts vorne.

Es besteht linksseitige Dysdiadochokinese und Empfindlichkeit des Trigeminus sowie starkes Augentränen und Vorbeizeigen des linken Armes nach links.

Am 1. 6. wird er zum zweiten Male operiert. Ein Tumor ist nicht nachweisbar. Während der Operation versagen Herz und Atmung, und der Kranke stirbt nach einigen Stunden, ohne sein Bewußtsein wiedererlangt zu haben. Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab den typischen Befund einer Encephalitis epidemica.

Der letzte Kranke, M. C., bietet wiederum eine ganze Auslese von den bei jugendlichen Postencephalitikern bekannten Symptomen. Es handelt sich um einen Kranken, der aus gesunder Familie stammt, der aber schon als Kind gelegentlich gestohlen hat. Auch kurz vor seiner „Kopfgrippe“ — er schlief damals

3 Wochen, hatte Fieber und war unrein (1920) — war er wegen Diebstahls noch einmal mit dem Gesetz in Konflikt geraten. Nach einem deutlich ausgeprägten pseudoneurasthenischen Stadium mit Sehstörungen, Schmerzen im linken Bein und Myoklonien nahm er doch nach 1½ Jahren die Arbeit wieder auf. Er mußte gelegentlich einen Erholungsurlaub einlegen und arbeitete im ganzen nur ein Jahr. Inzwischen begann er Schnaps zu trinken, wurde streitsüchtig und schlief bei der Arbeit oft ein. 1922 im April meldete er sich krank. Im Krankenhaus war er erregt und streitsüchtig, warf einem Mitkranken einen mit Essen gefüllten Teller an den Kopf, zeigte eine perverse Veranlagung und schlief vielfach bei Tage ein. Er hat Myoklonien in den unteren Augenlidern, eine verstrichene rechte Gesichtshälfte, Lidflattern und starken Tremor der nach rechts abweichenden Zunge. Die Pupillen waren ungleich und die Reflexe schwer auslösbar. Nach seiner Aufnahme (1922) stahl er hier eines Tages aus dem Wärterzimmer eine Uhr und erklärte, er sei einer Schwalbe gefolgt, die dort hineingeflogen sei, da habe er die Uhr gesehen und mitgenommen.

Im Jahre 1926 erfolgte eine neue Anstaltsaufnahme, da er zu Hause wegen Diebstählen, Dummheiten aller Art und Geldverprassens nicht mehr zu halten war. Er zeigte nunmehr lebhafte Sehnenreflexe, leichten Rigor der Arme, Salbengesicht, Amimie und Abweichen der Lippen nach rechts beim Pfeifen. Der Kranke ist sehr reizbar.

Von nun an wird er in wechselnder Anstaltspflege gehalten, begeht kleine sexuelle Angriffe auf weibliches Stationspersonal, macht Fluchtversuche und stiehlt hin und wieder. Während eines Urlaubes wird er wegen Diebstahls von Kleidern zu einem Jahr Gefängnis verurteilt, muß aber dort vorzeitig entlassen werden, weil er zu unruhig ist. 1927 wird er wieder aus seiner Arbeitsstelle entlassen, weil er wegen Langsamkeit nicht zu gebrauchen ist. Er verbringt die folgende Zeit wechselnd in Anstalten, macht Fluchtversuche, ist quengelig und gewalttätig. Eines Tages gibt er den Anlaß zu einer Schlägerei und greift dann den Pfleger tätlich an, deshalb wird er in eine konfessionelle Privatanstalt überführt. Dort ist er zunächst unverändert, bis dann 1930 eine paranoidhalluzinatorische Psychose dazutritt, in der er sich eines Tages in seiner Zelle erhängt.

Somit schließen also 7 Patienten ihr bedauernswertes Leben in chronischem Siechtum mit einem Tode ab, der in allen Fällen wohl irgendwie von ihrer spezifischen Erkrankung mitbestimmt wurde.

Wendet man sich der Prüfung der sozialen Schicksale unserer Kranken zu, so ist das mit dem Bedenken zu tun, daß hier am ehesten durch die Auswahl eine besondere Tönung und Betonung unserer Ergebnisse zustandegekommen sein kann. Unsere Kranken befanden sich und befinden sich noch zu 64 v. H. (mit Berücksichtigung der Verstorbenen 78 v. H.) fast beständig in Anstaltspflege. Zurzeit sind 11 Kranke zu Hause. Davon üben aber nur 3 einen Beruf aus und 3 besuchen die Schule, einer davon die Universität. Von den beiden Arbeitern ist der eine wegen zunehmender Starre nur mehr als Hilfsarbeiter beschäftigt, während der andere obendrein noch Träger eines starken Kropfes, nach Ueberstehen einer Zeit von Schlafgestörtheit und Wesensveränderung sowie einer paranoidhalluzinatorischen Psychose, nunmehr seit 1926 psychisch allgemein gebessert, somatisch nur mehr mit leichtem, linksseitigem Tremor und leichter Amimie behaftet, in wechselnder Arbeit als Schlosser steht. Er ist im ganzen unauffällig, hat nur gelegentlich Verstimmungzustände. Die Schule besuchen jene beiden schon erwähnten 13jährigen Mädchen. Ein Student der Chemie, H. L., der 1920 mit Kopfgrippe erkrankte und neben einem typischen neurologischen Befund bei seiner Aufnahme 1925 eine Schlafstörung im Sinne dauernder Müdigkeit zeigte und auffällig wurde, weil er viel Geld ausgab, ungehorsam und leichtlebig wurde, durchbrannte und Unterschlagungen machte, nahm inzwischen nach psychischer Besserung sein Studium wieder auf. Er ist unauffällig und nur leicht parkinsonistisch und verlangsamt.

Bei 5 von unseren Kranken ergibt die Anamnese, daß sie vorübergehend infolge ihrer asozialen Entgleisungen in Fürsorgeerziehung gebracht wurden, bis sie dann nach Klärung der Diagnose in Anstalten verlegt wurden.

In 16 Fällen spielt in der Vorgeschichte Stellenaufgabe oder -wechsel, und zwar meist gehäuft, eine Rolle. Dies hängt eben auch mit der Reizbarkeit und dranghaften Unstetheit der jungen Patienten zusammen.

Was die Kriminalität und Asozialität bei unseren Kranken angeht, so nimmt sie einen großen Raum (in 28 Fällen, davon 2 Mädchen) in den Lebensgeschichten ein.

Bei den 12 Patienten ergaben sich kleinere oder größere Diebstähle, bei 11 anderen — nächst diesen überhaupt die häufigsten Vergehen — sexuelle Delikte, sei es nun mutuelle Onanie, Homosexualität, Sadismus, sexuelle Ueberfälle oder Exhibitionismus. Dann folgen das Streunen in 8 Fällen, Selbstmordversuche in 6

— darunter die beiden Patientinnen — und Gewalttaten in 5 Fällen, schließlich Bettel und Brandstiftung in je 2 Fällen. Es finden sich aber die einzelnen Vergehen im Einzelfalle nur selten allein, meist mehrere und wiederholte zu einem garstigen Strauß asozialer Handlungen zusammengebunden.

Bei den Diebstählen handelt es sich — mit 2 Ausnahmen wurden die Verfahren meist rechtzeitig eingestellt — in einer großen Zahl von Fällen eben nur um das augenblicklich aufkeimende Begehren nach irgendeinem Gegenstand, meist ganz geringen Wertes (Rauchwaren und dergleichen) — dem völlig triebhaft und hemmungslos nachgegangen wird. Aber zum Teil sind es auch Diebstähle und Einbrüche, die mit Raffinesse und Gefährlichkeit, teilweise sogar als regelrechte Raubüberfälle, angelegt und ausgeführt sind.

Einen gewissen Rekord an Diebstählen hält unzweifelhaft der Patient A. V., ein seit dem 10. Jahre auffälliger Junge, der mit einem leichten Parkinsonismus behaftet ist. Dieser brachte es neben sexuellen Verfehlungen, die ihn in Fürsorgeerziehung führten, sowie Brandstiftung, auf die Spitzenleistung von 50 Fahrraddiebstählen und 10 Diebstählen von Pferd und Wagen. Er ist heute in B. auf der unruhigen Abteilung unverändert drängelnd und quengelig und verübt schwerste Angriffe auf Mitkranke und Personal.

Ein zweiter Patient, Th. B., mit Schwachsinn und vielleicht auch erblich belastet — eine Tante ist irr — steht ihm an Vielseitigkeit nicht nach. Nach der akuten Erkrankung (1920), also von seinem 6. Lebensjahre ab, entwickelte er sich so, daß er mit 14 Jahren in den Akten des Jugendamtes verzeichnet hat: Schulschwänzen, Vagabundieren, Schwindeleien, Diebstähle von Fahrrädern und anderen Sachen und unsittliche Handlungen an kleinen Mädchen. Er zeigt mit 15 Jahren eine starke Entwicklung des Genitales, onaniert viel, ist äußerst arbeitscheu und dauernd zu Streit und grobem Unfug geneigt. Obwohl er zunehmend starr wird, ist er aber trotzdem ein Meister im Entweichen — etwa 15mal! —, wobei er sich mit Tischtüchern aus dem Fenster läßt oder sich mit selbstgefertigen Dietrichen aushilft. Zwischen den Aufenthaltszeiten in Anstalten stielt er fleißig, was ihm gerade gelegen kommt, um den Erlös gegen Süßigkeiten oder dergleichen einzutauschen. Schließlich wird er bei einem plumpen Einbruch erwischt und dann wieder der Anstalt übergeben. Er wurde verleitet, in ein Haus zu gehen, um angeblich einen Windvogel, der sich am Dachfirst verfangen hatte, zu lösen. Er verstand es, sich ohne Begleitung auf den Speicher zu machen und

trat dabei in ein offenes Zimmer, wo er, wie ihm berichtet war, Schmuck vorfand. Diesen nahm er an sich und sagte der Hauswirtin, er habe vom Speicher aus den Drachen nicht erreichen können. Heute ist dieser Kranke unverändert, arbeitet wenig, stiehlt, prügelt sich mit anderen Patienten und entweicht, wenn er nur kann. Im ganzen sind bis jetzt 3 Strafverfahren gegen ihn eingestellt worden.

Wie schon erwähnt, finden sich die asozialen Handlungen bei stark dranghaften und wesensveränderten Patienten, wie die letzten es sind, selten in ausgesprochener Bevorzugung nur einer einzigen Art. Das Triebhafte ihres Dranges läßt sie eben jedem aufkeimenden Wunsche nachgehen. Jeder Trieb, der sich gerade regt, ob Geschlechtstrieb, Wutausbruch oder Habsucht, wird ungehemmt erfüllt. Dafür als Beispiel die folgende Krankengeschichte des A. K., in der sexuelle Triebhandlungen, Brandstiftungen und Gewalttaten vorherrschen und den Patienten als ganz gemeingefährlich erkennen lassen.

Dieser Kranke machte einen schwachsinnigen und kindlichen Eindruck, als er 18jährig (1919) zur Beobachtung in eine Anstalt gebracht wird, da er schon vor einem Verfahren wegen Diebstahls durch sein Benehmen auffällig wurde. Wegen seiner eigenartigen Bewegungen denkt man an Chorea bei einem geistig Minderwertigen. Gelegentlich aber schläft der Patient während des Essens ein. Eines Tages entweicht er plötzlich. Nach erneuten Diebstählen wird er wieder eingewiesen. Er erklärte damals: „Ich nahm den Leuten einfach alles weg, weshalb, weiß ich nicht“. Man denkt jetzt an Schizophrenie. Stumpfsinn wechselte mit Neigung zu Excessen. Wegen seiner beginnenden parkinsonistischen Erscheinungen und der anamnestisch sichergestellten Encephalitis (1917) wird die Diagnose immer mehr gerechtfertigt: „Imbezillität nach Encephalitis lethargica“. Der Patient stiehlt weiter, wenn er frei ist, greift Frauen geschlechtlich an und sticht auf ein Mädchen, das ihn „Krüppel“ geneckt hat, gleich mit dem Messer ein. Er begeht Brandstiftungen und freche Raubüberfälle und entreißt Frauen auf offener Straße ihre Taschen. Wird er hierüber befragt, so lächelt er nur albern. In der Anstalt fällt er gelegentlich plötzlich vom Stuhl oder verfällt in tiefen Schlaf. Er entweicht häufig, stellt sich Dietriche aus Löffeln her oder versucht nachts den Pfleger niederzuschlagen, um ihm die Schlüssel abzunehmen. Gelegentlich macht er einen ernsthaften Selbstmordversuch. Im übrigen ist er kindisch und schwachsinnig und verfällt allmählich in zunehmende Starre mit atheotischen Kieferbewegungen. Während eines kurzen Urlaubes steckt er seinen

Eltern die Wohnung in Brand, macht sich dann aus dem Staube und greift auf der Flucht mehrere Frauen sexuell an. Dabei schlägt er einer, die ihm nicht zu Willen war und sich wehrte, mit einem Knüppel so auf den Kopf, daß diese lange Zeit schwer darniederlag. In der Anstalt begeht er wieder heimtückische Angriffe auf das Personal und entweicht schließlich mit beträchtlicher Gewandtheit vor den Augen des beaufsichtigenden Pflegers über den Zaun. Daraufhin wird er jetzt nach B. ins Bewahrungshaus überwiesen (1928). Der Parkinsonismus nimmt dort stark zu, sowohl nachweisbar durch die zunehmende typische Haltung wie durch Propulsion und Tremor. Der Patient fühlt sich jetzt leidlich, arbeitet und ist vergnügt. Auch verträgt er sich besser. Indessen hindert ihn seine Starre nicht, gelegentlich zu stehlen, was seine Begehrlichkeit erregt.

So dürfte wohl in diesem Falle auch im Laufe der Zeit die Wesensänderung völlig von der Starre zugedeckt werden.

Unter den Patienten, deren Drang zur Freiheit und Ungebundenheit, zu ewiger Unrast, zum Fortlaufen und Entweichen von überall her zu einem unüberlegten und unmöglichen Ziel führte, bietet einer, A. v. T., eine Lebensgeschichte, die durch ihre wechselvolle Unstetheit geradezu schon die typische Krankengeschichte eines solchen ungehemmten, dranghaften jugendlichen Postencephalitikers wird. Das Kind stammt aus einer vielleicht erblich mit Geisteskrankheiten belasteten Familie und ist das einzige aus einer unharmonischen Ehe. Von Mutter und Pflegerin verwöhnt, war der Knabe schwer erziehbar, lange Zeit Bettnässer und soll schon früh sensationslüstern und zu Tierquälereien geneigt gewesen sein.

Als Kind russischer Emigranten erkrankte der Junge in den Ostseeprovinzen an Encephalitis epidemica (1919), war 12 Tage verwirrt, hatte Lähmungen und einen vorübergehenden Verlust der Sprache. Da die Eltern getrennt im Auslande leben, wird das Kind 1920 einem Geistlichen zur Erziehung übergeben. Eine „innere Unruhe“ machte es unleidlich. 1922 übergaben die Eltern es der Odenwaldschule, von wo es aber noch im gleichen Jahre in ein Landheim nach Jena und schließlich noch in eins in Nordhausen gebracht werden mußte. 1923 aber versuchte man den Jungen in strengere Hände zu geben nach Neustrelitz. Dort aber lief er eines Tages, der festen Behandlung überdrüssig, davon und hielt auf dem Marktplatz den Kleinstädtern eine Rede mit dem Inhalt, er werde sofort ein Sittlichkeitsverbrechen begehen, wenn man ihn nicht verhafte. Er wird aufgegriffen und wieder nach Jena gebracht (1924). Aber er siedelt im gleichen Jahre

noch nach Nordhausen über. Er war unleidlich, ständig zu Streichen aufgelegt, goß Parfüm ins Essen und war drängelnd und vorlaut. Hinzu kam, daß er auch wegen seiner überausmäßigen Begabung und wegen der Zahlungsschwierigkeiten infolge Verarmung seiner Eltern keine bleibende Stätte hatte. Eines Tages, so erzählt er, sei er wieder einmal fortgelaufen und habe sich „in einem Anfall“ — er sei dann plötzlich erregt und müsse etwas tun — in Berlin auf dem Stettiner Bahnhof nackt ausgezogen, um zu sehen, was die Leute in solchem Falle machten. Nun wurde er dann in die Charité gebracht (1925), wo man ihn für schizophren hielt. In der Zwischenzeit aber war er auch „wegen der Mystik“ zum katholischen Glauben übergetreten, und so findet man ihn dann noch im gleichen Jahre in einem katholischen Erziehungsheim, ferner in Herzberge. Im folgenden Jahre nimmt er teil an einer Reise seiner Mutter nach Rumänien, wo der Vater eine Stellung angenommen hatte. Auch dort griff man ihn auf und brachte ihn in eine Nervenklinik, als er bei einem Festzuge die theatralische Drohung ausstieß, er werde den König erschießen. Eine Apendicitis zwang ihn, vorzeitig mit seiner Mutter nach Berlin zurückzukehren. Nachdem er in der Charité die Operation überstanden hatte, warf er seiner Stationsschwester ein Uringlas an den Kopf, worauf er ein zweites Mal in die Nervenklinik gebracht wurde. Dieses Jahr aber schloß er damit ab, daß er zunächst noch die Nervenklinik in Jena und dann ein drittes Mal das dort in der Nähe befindliche Erziehungsheim aufsuchte.

1927 war er in einem Heim in Hannover und Bethel. 1928 ein zweites Mal in Herzberge, 1929 in Buch und darauf in Weißensee in einem Krankenhaus und schließlich ein drittes Mal in der Charité. Am Ende dieses Jahres kam er dann nach Essen ins Franz-Sales-Haus. Er gibt an, dort Anfälle gehabt zu haben, und zwar habe er auf der Erde gelegen, gezuckt und seine Kleider mit Speichel beschmutzt. Beim Wälzen auf der Erde habe er gewissermaßen eine Ekstase, in der er nicht mehr wisse, was er tue, er bräche dann in ein tolles Lachen aus, bis ihm die Kehle wie zugeschnürt sei.

Von Essen aus wurde er, als er dort exhibitionierte, der hiesigen Klinik überwiesen. Hier ist er vorlaut, süßlich, drängelnd und abschweifend. Er äußert sexuell getönte Geschichten, die sich aber als Pseudologie herausstellen. Intellektuell macht er den Eindruck des Salonschwachsinns, formal sprachlich ist er gewandt, aber inhaltlich äußert er nur Gemeinplätze, die er mit sprudelnder Sprache drängelnd hervorbringt. Mit einem völlig

unpassenden Affekt äußert er, beständig Angst zu haben, daß man ihn operiere, punktiere, und daß man ihm Zähne ziehen wolle. Auf die Frage nach den Verfolgungsideen, die er in Bethel gehabt habe, gibt er an, sie wären wohl auf Morphiuminjektionen zurückzuführen gewesen. Er habe damals geglaubt, sein Arzt sei Bolschewist und wolle ihm, dem Emigrantenkind und russischen Thronfolger, chinesische Bazillen einspritzen, deshalb habe er Kot und Urin verzehrt, um zu werden wie die Chinesen und somit gefeit zu sein gegen die Einspritzungen. Auf die Frage, wie er sich seine Zukunft denke, sagt er, er habe Gott gesehen und gesprochen — er sei nämlich sehr religiös — und Gott habe ihm bedeutet, er solle zunächst noch in Irrenanstalten bleiben, später aber werde er ihm nachfolgen. Aber er äußert auch, er habe in Berlin Geld verdient, indem er sich homosexuell habe brauchen lassen und werde möglicherweise in Paris diesem lohnenden Beruf leben.

Körperlich zeigt er Konvergenzschwäche, steifen Gang mit geringen Nickbewegungen sowie eine leichte Starre in der Haltung.

Mehrfach versuchte er, aus der Anstalt zu entweichen und konnte gelegentlich sogar gewalttätig werden. Schließlich wird er aber unter Atropinbehandlung ruhiger und beginnt zu arbeiten. Eines Tages aber stiehlt er in der Bäckerei, wo er beschäftigt ist, in einem unbewachten Augenblick Geld und einen Anzug eines Patienten und fährt als blinder Passagier nach Berlin, wo er im August 1929 aufgegriffen und nach Herzberge gebracht wird, von wo er dann nach Essen, wo er zurzeit noch ist, zurückgebracht wurde.

Die anderen Patienten bieten, was ihren Wandertrieb angeht, nur mehr schwächere Wiederholungen, wie sie oben bei A. v. T. und Th. B. ausgeführt wurden.

Ueber die Selbstmordversuche, die ja in einem Falle M. C. (s. o.) zum Tode des Kranken führten, ist zu sagen, daß sie gelegentlich wiederholt verübt wurden, was sich wohl aus den verhältnismäßig häufigen Verstimmungszuständen (in 4 Fällen solcher Versuche) erklären läßt, und daß sie auch gelegentlich nur in der triebhaften Absicht, das Pflegepersonal zu schikanieren, verübt wurden.

In den beiden Fällen, in denen die Patienten wegen Bettelns auffällig und von der Polizei aufgegriffen wurden, handelt es sich um die typisch drängelnden, quengeligen Postencephalitiker, denen ihre symptomatische Klebrigkeit und Aufdringlichkeit geradezu diese soziale Entgleisung vorschrieb.

Intellektuell sind unsere Kranken genau so zu beurteilen, wie es in der Literatur allgemein geschehen ist (Quint, Stern, Fleck, Brandt u. a.). Abgesehen von der meist infolge der Unrast bestehenden Unfähigkeit, Neues zu lernen, oder bei Parkinsonikern das alte Wissensgut zu wahren, fanden wir keine auffallenden Veränderungen, außer in 6 Fällen, die aber bereits in der Zeit vor der akuten Encephalitis deutliche Verminderung ihres Intellektes zeigten und zum größeren Teile Hilfsschulen besucht haben. Sogar in Gruppe I finden wir die Angabe, daß die mit 9 Monaten akut erkrankte Patientin G. K. imstande ist, die Normalschule mit Erfolg zu besuchen. Während ein mit 5 Jahren erkrankter Knabe, J. G., trotz intellektueller Unversehrtheit nicht unterrichtet werden kann, weil er nicht zu fixieren ist. Das dritte Kind ist idiotisch, vermag kaum zu sprechen, zeigt nur eine bemerkenswerte musikalische Entwicklung.

Auch was die Schilderung Thieles über die Stimmungslage der jungen Patienten antrifft, können wir nur bestätigen, daß, abgesehen von einer meist ausgesprochenen Labilität (in 15 Fällen), eine ganz bestimmte Färbung im Sinne einer Gereiztheit (in 8 Fällen) und mürrischen Verstimmung vorherrscht, sofern die Stimmung nicht, wie Gerstmann und Kauders annehmen, als „psychisches Korrelat“ zum Bewegungsreichtum flach euphorisch ist (in 14 Fällen). In deprimierter Stimmung waren 5 Kranke. Ausgesprochene, zeitweise auftretende Verstimmungszustände, die dann, wie schon erwähnt, gelegentlich zu Selbstmordversuchen führten, fanden sich bei 6 Kranken.

Zum Schluß soll noch auf einige hervorstechende Symptomenkomplexe mit einigen Worten eingegangen werden. Die parkinsonistische Veränderung fanden wir in 39 Fällen (78 v. H., davon 10 Mädchen = 83 v. H. aller Mädchen) in verschiedener Ausprägung und Stärke und zwar waren es 16 schwere (5 bei Mädchen), 13 (4) mittelschwere und 10 (1) leichtere und im Beginn stehende Amyostasen. Dieses Ergebnis tritt also zwischen die Zahlenangaben von Fleck und Eyrich (61 v. H.) einerseits und das von Brandt (89 v. H.) andererseits. Im Verein mit der Starre traten in 13 Fällen Blickkrämpfe, in 7 Fällen Nacken-, Blinzel- und Kieferkrämpfe auf, letztere in 4 Fällen. Bei je einem Mädchen und Jungen trat eine komplexe Hyperkinese im Sinne eines Drehspasmus ein. Völlig ohne irgendwelche neurologischen Zeichen (wie Amimie usw.) im Bereiche der Skelettmuskulatur waren eigentlich nur 5 Kranke.

Anfälle traten in 5 Fällen auf und zwar in einem Falle Schreianfälle, in 3 Fällen Anfälle von plötzlicher Bewußtlosigkeit und

bei dem verstorbenen W. K. epileptische sowie narkoleptische Anfälle.

An inkretorischen Störungen fand sich in einem Falle ein Diabetes insipidus, der später abklang, sowie eine fortschreitende Dystrophia adiposa-genitalis bei einem Kranken, der sonst nur vor allem durch seine sexuellen Verfehlungen homo- und hetero-sexueller Natur, auffällig wurde. Unwesentliche Atemstörungen traten in einem Falle auf.

Viermal wurden Psychosen beobachtet. Diese waren meist paranoidhalluzinatorischer Art, dazu trat einmal ein Korssakoff-scher Symptomenkomplex bei dem an Lungentuberkulose verstorbenen W. B.

Zusammenfassend läßt sich das Ergebnis der Untersuchungen folgendermaßen formen:

1. Der Gipfel der Infektionen mit Encephalitis epidemica liegt in den Jahren 1919—1924.
2. Beim Kleinkinde scheint die meningitische Form vorzuherrschen, während beim älteren Kinde und bei Jugendlichen die Schlafstörungen in den Vordergrund treten.
3. Die Krankheit schreitet bei Jugendlichen fort von der Enthemmung zur Hemmung.
4. Bei jüngeren Kranken steht das erethische Moment im Vordergrund, bei älteren mehr die Hemmung.
5. Es konnte nicht bestätigt werden, daß, wie Werner es annimmt, die älteren Kinder eine bessere Prognose hätten.
6. Auch ein günstiger Einfluß der Entwicklungsjahre auf das Fortschreiten der Krankheit, wie ihn Engert und Hoff annehmen, läßt sich nicht bestätigen.
7. Die Erkrankungen der Jahre 1919 und 1920 verlaufen, womit auch die meisten Erfahrungen (s. auch Dennecke) übereinstimmen, besonders schwer, was sich vor allem im frühen Einsetzen einer zunehmenden Starre äußert.
8. Erbliche Belastung und psychopathische Konstitution konnten wir in Uebereinstimmung mit Fleck als wesentliche, bestimmende Faktoren für die Wesensänderungen nicht nachweisen.
9. Die Mortalität (14 v. H.) ist beträchtlich und wird bestimmt von der spezifischen Art der Erkrankung.
10. 78 v. H. aller Kranken sind anstaltsbedürftig, nur 4 v. H. arbeiten, 6 v. H. haben den normalen Bildungsgang wieder aufgenommen.

11. Kriminalität, sowie asoziale Handlungen fanden sich in 28 Krankengeschichten (56 v. H. aller Kranken).
12. Die Intelligenz und die Stimmungslage zeigen die bekannten Veränderungen.
13. Bei 78 v. H. aller Kranken finden sich parkinsonistische Symptome, in 5 Fällen kam es zu Anfällen, 2mal wurden inkretorische Störungen und bei 4 Kranken Psychosen beobachtet.

Demnach zeigt auch unser Ergebnis, daß in Uebereinstimmung mit der besprochenen Literatur die Prognose der jugendlichen, chronischen Encephalitiker schlecht zu stellen ist. Es ist anzunehmen, daß es sich bei dieser Krankheit um einen fortschreitenden Prozeß handelt, dessen Endziel entweder die Starre oder der Tod ist.

Herrn Oberarzt Dr. Neustadt spreche ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus für die freundliche Ueberlassung des Themas.

LITERATUR.

Anders-Breslau: Charakterveränderungen und Kriminalität bei postencephalitischen Jugendlichen. Allg. Zschr. f. Psychiatr. u. gerichtl. Med. Bd. 88, S. 174.

Anderson, G. H.: The sequelae of epidem. enceph. in childhood... Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, S. 206.

Andreew, M. P.: Psychopathogenet. Probleme betr. die Veränd. der Psychik bei Kindern infolge v. epidem. Encephal. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 99, S. 271.

Anton, G.: Zur krankhaften Charakterabartung b. Kindern nach Enc. epid. Z. f. Kinderforschg. Bd. 28, S. 60.

Auden, G. A.: Behaviour changes supervening upon enc. in children. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 32, S. 14.

Auden, G. A.: Enceph. letharg., its psychol. complikations. Zbl. f. d. ges. Neur. und Psych. Bd. 43, S. 672.

Bardach, M.: Ueber Enc. epid. bei Kindern. Monatsschr. f. Kinderhlkd. Bd. 22, S. 475.

Behmack, Ch.: Eigentüml. Atemstörung b. chron. Enc. im Kindesalter. M. f. Khk. 1926, S. 226.

Bernuth, F. v.: Ungewöhnl. Erscheinungs- und Verlaufsformen kindl. Enc. Z. Neurol. 118. Bd., S. 234.

Beverly, B. J. and Sheman, M.: Postenceph. behaviour disturbance without physical signs. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 38, S. 369.

Bing, R.: Die forens. Bedeutung der Folgezustände der Enc. epid. Schweiz. med. Wschr. 1927, S. 1185.

Böhmig, W.: Psych. Veränder. b. Kind. infolge v. epid. Enc. Arch. f. Psych. u. Nerv.-Kht. Bd. 69, S. 351.

Bond, E. D. and Partridge, G.: Postenc. behaviour disorders in boys and their management in hospital. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 45, S. 760.

Bon, E. D.: Enc. and its effekt on the behaviour of children. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 47, S. 313.

Bonhoeffer, K.: Psychosen im Kindesalter. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 25, S. 229.

Bonhoeffer, K.: Psychische Residualzustände b. Kindern nach Enc. leth. Kli. Wo. 1922, S. 1446.

Bonhoeffer, K.: Welche Lehre kann d. Psychiatrie aus d. Stud. d. Enc. ziehen? D. med. Wo. 1923, 1358.

Boström: Genese u. Aufbau d. psych. Folgeerscheinungen nach Enc. ep. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 56, S. 3435.

Brand, W.: Ein Beitrag z. Frage: Was wird aus unseren Encephalitiskindern u. Jugendlichen? Arch. f. Psych. Bd. 88, S. 698.

Carp, E. A. D. E.: Ueber Störungen i. d. Persönlichkeitsentwicklung b. jugendl. Individuen nach Enc. ep. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 58, S. 343.

Catalano, A.: Sulla educabilità lavorativa e scolativa dei psicopatici postenc. non parkinsoniani. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 56, S. 229.

Charpentier, P. I. L.: Troubles psychiques postenc. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 42, A. 65.

Ciampi, L. u. Ameghino, A.: Ueber einen wicht. gerichtsmed. Gesichtspunkt bei Enc. epid. des Kindes. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 47, S. 539.

Claude, H. et Robin, G.: Le syndrome mental postenc. de l'enfant et la notion de dégérescence mentale. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 41, S. 293.

Clark, L. P. A.: Psychoanal. introduction to a study of the conduct disorders of letharg. enc. Zbl. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 45, S. 214.

Clay, H. T.: Mental and behaviour changes in children following enceph. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 36, S. 71.

Cruchet, R.: Les pervers de l'enc. épidémique. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 54, S. 196.

Cruchet, R.: Postencéphalitic délinquency. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 55, S. 196.

Deny, G. et Klippel, M.: Enc. épid. et apparence de démence précoce. Zbl. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 30, S. 77.

Dawson, Shephers and Conn: Effect of enc. letharg. on the intelligence of children. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 46, S. 472.

Duzàr, J. u. Balò, J.: Interessante Enc. epid.-Epidemie auf einer Säugligsabtlg. J. f. Khk. Bd. 99, S. 209.

Ebaugh, F.: Neuropsychiatric sequelae of akute epidem. enc. in children. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 32, S. 414.

Eckstein, A.: Encephalitis im Kindesalter. Erg. d. inn. Med. Bd. 36, S. 494.

Economo, C. v.: Progressvie Cerebration. Münch. med. Wschr. 1928, S. 78.

Economo, C. v.: Die Enc. letharg. u. ihre Nachkrankheiten u. ihre Behandlung. Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1929.

Engert, G., Hoff, H.: Ueber das Schicksal d. Pat. mit schweren Charakterveränderungen nach Enc. epid. D. med. Wschr. 1929, S. 181.

Eyrich, M. u. H.: Zur Prognose d. epid. Enc. im Kindes- und Jugendalter. Z. f. Neur. Bd. 117, S. 620.

Fleck, U.: Bemerkungen z. d. Folgeerscheinungen nach Enc. epid. bei Jugendl. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 45, S. 760.

Fleck, U.: Erbbiolog. Unters. im Hinblick a. d. Folgezust. d. Enc. epid. Arch. f. Psych. u. Nerv.-Krht. Bd. 79, S. 509.

Fleck, U.: Ueber d. psych. Veränd. d. erwachs. Metencephalitiker . . ., Arch. f. Psych. u. Nerv.-Krht. Bd. 80, S. 297.

Fleck, U.: Ueber die psych. Folgezustände n. Enc. epid. b. Jugendl. Arch. f. Psych. u. Nerv.-Krht. Bd. 79, S. 723.

Fuller, D. H.: Enc. a. its effect on the behaviour of children. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 47, 314.

Guinon: A propos de l'enc. aigue chez l'enfant. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 27, S. 204.

Genzel, A.: Postenc. Parkinsonismus mit eigenart. psych. Störungen b. e Kinde. Kli. Wo. 1923, 837.

Gerstmann, I. u. Klauders: Ueber die Mechanismen d. postenc. psychopathieartigen Zustandsbilder b. Jugendl. Arch. f. Psych. Bd. 71, S. 165.

Gibbs, E. G.: Behaviour disorders in chron. epid. enc. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 56, S. 420.

Gròsz, J u. Goldberger, M.: D. chron. Formen d. Enc. epid. im Kindesalter. J. f. Khk. Bd. 104, S. 321.

Gròsz, K.: Zur Frage d. forens.-psychiatr. Bedeutung d. postenc. Char.-Veränderungen. Wiener kli. Wo. 1926, S. 1444.

Gurewitsch, M.: Ueber Charakterveränderungen v. Kindern infolge organ. Hirnerkrankungen. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 86, S. 597.

Gurewitsch, M.: Postenc. Geistesstörungen u. vergleichende Topistik d. psychischen Mechanismen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 92, S. 283.

Guttmann, E.: Persönlichkeitsveränderungen nach Enc. epid. M. med. Wschr. 1926, S. 1650.

Hauptmann: D. Mangel an Antrieb von innen gesehen. Arch. f. Psych. u. Neur. Bd. 66, S. 615.

Heinicke, W.: Zur Therapie u. Prognose d. akuten u. chron. Enc. epid. M. med. Wschr. 1926, S. 1647.

Heinicke, W.: Die Encephalitisabteilung der Landeserziehungsanstalt Chemnitz. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 46, S. 754.

Hill, R. T.: The problem of juvenile behaviour disorders in chron. ep. enc. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 51, A. 756.

Hill, R. T.: Juven. behaviour disorders in ep. enc. Their treatment bybulbocapnine. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 712.

Hofstadt, F.: Ueber eine eigenart. Form v. Schlafstörung i. Kindesalter nach Enc. epid. M. med. Wschr. 1920, S. 49.

Hofstadt, F.: Beitrag z. Kenntn. d. Enc. epid. i. Kindesalter. Zschr. f. Khk. Bd. 29, S. 190.

Hofstadt, F.: Ueber Spät- und Dauerschäden nach Enc. epid. im Kindesalter. Z. f. Khk. Bd. 29, A. 272.

Hofstadt, F.: Ueber Spätschäden d. Enc. epid. i. Kindesalter. Kli. Wo. 1923, S. 1759.

Howe, H. A.: The prognosis of epid. enc. in children. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 58, S. 462.

John, E.: Vorzeitige Geschlechtsreife b. Enc. epid. Dtsch. Zschr. f. Nervenheilkd. Bd. 80, S. 299.

Jörger, J. B. jr.: Psych. Folgeerscheinungen nach Enc. epid. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 82, S. 117.

Jörger, J. B. jr.: Ergebnisse einer Rundfrage über Kinder mit postenc. Schädigungen. Schweiz. med. Wschr. 1924, S. 679.

Kant, O.: Der Geisteszustand chron. Encephalitiker. Arch. f. Psych. u. Neur. Bd. 72, S. 610.

Kauders, O.: Moriart. Zustandsbilder u. Defektzustände als Spätfolge v. Enc. epid. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 74, S. 431.

Kemkes, B. u. Dänger, S.: Ueber Encephalitis bei Kindern. M. f. Khk. Bd. 32, S. 334.

Kennedy, R. I. C.: The prognosis of sequelae of ep. enc. in children. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 40, 314.

Kirschbaum, M.: Ueber Persönlichkeitsveränd. b. Kindern infolge Enc. epid. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 73, S. 599.

Korst, J. I.: Ein Fall von Enuchofeminismus mit Parkinsonismus und psych. Alterationen nach epid. Enc. Journ. f. Psychol. u. Neur. 1925, S. 57.

Kutsche, F. K.: Die forens. Bedeutung d. Enc. epid. bei Jugendlichen. Psych. neur. Wschr. 1930, S. 431, 441.

Kwint, L.: Beiträge z. Klin. u. Pathogen. d. Folgeerscheinungen von Enc. epid. b. Kindern. Zschr. f. Khk. Bd. 40, S. 678.

Kwint, L.: Neuropathol. u. psychopathol. Beobachtungen b. d. ep. Enc. d. Kinder. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 48, S. 47.

Lange, W.: Entwicklung d. Intell. bei Kindern nach Enc. epid. Psychol. neurol. Wschr. 1928, 579.

Lermann, H.: Ueber Charakterveränderungen b. Jugendl. im Sinne der Psychopathie nach Enc. epid. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 86, S. 148.

Leyser, R.: Untersuchungen über d. Charakterveränderungen nach Enc. epid. Arch. f. Psych. u. Nervenkrht. Bd. 72, S. 552.

Löffler, H.: Familiengeschichtl. Unters. b. Enc. ep. u. ihr. Folgezuständ. Arch. f. Psych. u. Nervenkrht. Bd. 71, S. 393.

Mairie, P. et Lévy, G.: Deux manifestations particulières de l'enc. épid. prol. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 32, S. 13.

Mc. Neil, D.: A peculiar transformation of personality due to enc. leth. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 32, S. 362.

Meyer, A.: Beiträge z. Enc. epid. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankht. Bd. 70, S. 466.

Neville, F.: Les centres psychiques sous-corticaux palé encéphaliques. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 39, S. 145.

Neustadt, R.: Zur Psychopathologie d. Enc. epid. Folgezustände b. Jugendl. Kli. Wo. 1926, S. 1800.

Paterson, D. and Spence, J.: The aftereffects of enc. epid. in children. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 27, S. 368.

Pfaundler: Demonstration i. d. Münch. Ges. Neurol. Zbl. Bd. 39, S. 413.

Pette, H.: Die epid. Enc. in ihren Folgezuständen. D. Zschr. f. Nervenkrht. 1923, S. 1.

Pette, H.: Klin. u. anat. Betrachtungen z. Pathogenese d. Folgezustände nach Enc. epid. Zschr. f. Nerv.-Heilkd. Bd. 87, S. 60.

Reichle, H. S.: A study of 23 cases of enc. leth. in childr. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 42, S. 63.

Rhein, I. H. W. and Ebaugh, F.: Affective disorders following acute epid. enc. in children. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 48, S. 369.

Robin, G.: Les troubles du charactère liès à l'enc. épid. chez l'enfant et le problème ce la conscience morale. Zbl. f. d.

ges. Neur. u. Psych. Bd. 37, S. 426.

Rund, F.: Zur Klin. d. Enc. epid. im frühen Kindesalter. J. f. Khk. Bd. 101, S. 175. 1923.

Runge, W.: Psych. Stör. b. Kindern u. Jugendl. c. Enc. leth. In: Bumkes Handb. d. Geisteskrankheiten, 1928.

Runge, W.: Psychopathie u. chron. Enc. ep. mit eigenartiger Symptomatologie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrht. Bd. 68, S. 429.

Shermann, M. and Beverly, B.: The factor of deterioration in children. showing behaviour difficulties after enc. ep. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 35, 210.

Shrubsall, F. C.: The after histories of some cases of epid. enc. with. especial reference to changes in conduct. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 36, S. 240.

Simson, T.: Ueber psych. Veränd. bei epid. Enc. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 46, S. 701.

Smith, C M.: Sequelae of enc. leth. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 48, S. 413.

Stähelin, J. E.: Zur Psychopathol. d. Folgezust. d. Enc. epid. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 77, 191.

Steinfeld, E.: Dissertation: Psych. Folgezust. d. Enc. epid. b. Kindern. Leipzig 10. 9. 23.

Stern, F.: Ueber Pubertas praecox b. epid. Enc. Med. Klin. 1922, S. 864.

Stern, F.: Die Encephal. epid. (Monographie). Berlin 1929.

Stevenson, M. M.: The life history of epid. enc. in the childr. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 50, S. 576.

Strecker, E. A.: Enc. and its effect on the behaviour of children. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 47, S. 311.

Strecker, E. A.: Behaviour problems in encephalitis. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 53, S. 211.

Thiele, R.: Zur Kenntnis d. psych. Residuärzustände n. Enc. epid. b. Kindern u. Jugendl. M. f. Psych. u. Neurol. Beiheft 36, 1926.

Vermeylen, G.: Les troubles du charactère chez les enfants à la suite de l'enc. épid. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 38, S. 148.

Villinger, W.: Die Kinderabtlg. d. Universitätsnervenklinik Tübingen, zugleich ein Beitrag z. Kenntnis d. Enc. epid. und zur sozial. Psychiatrie. Ztschr. f. Kinderforschung Bd. 28, S. 128.

Voigt, O.: Zur Kasuistik d. Enc. epid. im Kindesalter. M. f. Khk. Bd. 29, S. 190.

Weidner, E.: Die kindl. Charakterentartung n. epid. Encephal. u. ihre Behandlung. D. m. W. 1925, S. 1731.

Werner, M.: Was wird aus den Enc.-Kindern? Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 107, S. 231.

Wieland, E.: Ueber sporad. u. epid. Enc. bei Kindern. Schweiz. med. Wschr. 1920.

Winther, K.: Psychische Störungen nach Enc. epid. besonders bei Kindern. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 32, S. 417.

LEBENSLAUF.

Ich, Hans Weitkamp, wurde am 8. Februar 1908 als Sohn des Mittelschulrektors Heinrich Weitkamp in Wuppertal-Elberfeld geboren. Ich besuchte dort 4 Jahre die Volksschule und dann 9 Jahre das Realgymnasium am Gymnasium. Am 19. Februar 1927 bestand ich mit „gut“ meine Reifeprüfung und wandte mich darauf dem Studium der Medizin zu. Die ersten drei Semester blieb ich in München, dann siedelte ich nach Bonn über, wo ich im Juli 1929 mein Physikum mit „gut“ bestand. Im ersten klinischen Semester studierte ich in Heidelberg, in den folgenden beiden in Berlin und im vierten Semester in Kiel. Von dort aus siedelte ich zum Staatsexamen nach Düsseldorf über. Am 18. September 1932 bestand ich an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf mein Staatsexamen mit „gut“. Zurzeit bin ich Medizinalpraktikant am Städt. Krankenhaus Westend in Berlin.